

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

Дорожкина О.С., Деркач Ю.Н., Жолнеровская И.В.

Проблема острых пневмоний остается актуальной. Частота случаев пневмонии в развитых странах составляет 3-4% в год, в развивающихся – 10-20% в год. Значимость данной проблемы определяется как высоким уровнем заболеваемости, так и серьезностью прогноза, и высокой летальностью. Существенное влияние пневмоний на младенческую и детскую смертность в целом заставляют интенсифицировать разработку эффективных мер профилактики и лечения.

Обследовано 82 ребенка в возрасте от 2 месяцев до года, больных острыми пневмониями. По результатам бактериологического исследования определили удельный вес возбудителей пневмонии: *Strept. Pneumoniae* – 39%, *Haemoph. Influenzae* – 21%, *Strept. Group A* – 8%,

Staph.aureus – 11%, Mycoplasma pneumoniae 5%, Escherichia coli - 5%, Proteus spp.- 6%, Moraxella catarrhalis – 4, Strept.Piogenes – 1%.

70% детей находились на грудном вскармливании, 22% на смешанном, 8% - на искусственном. У 30 детей диагностирован рахит, у 12 – дефицитная анемия, у 45 – проявления атопического диатеза.

У 47 детей острая очагово-сливная пневмония осложнилась деструкцией легочной ткани, у 26 детей формирование очага деструкции происходило на 5-7 день заболевания, у 17 детей на 3-4 день болезни, у 5 – в течение двух суток.

У 35 детей в возрасте 3-9 месяцев пневмония протекала по типу сегментарной без образования типичных элементов деструкции. В периоде новорожденности у 15 из этих детей отмечалась везикулопустулезная сыпь, у 7 катаральный омфалит, у 4 – гнойный конъюнктивит.

При поступлении в детскую областную клиническую больницу по карте- скрининг на наличие иммунодефицитного состояния 59 детей были определены в первую группу, остальные составили контрольную. Все больные прошли иммунологическое обследование. У детей первой группы были выявлены:

- Т-лимфоцитопенический синдром, снижение экспрессии рецепторов CD4, CD25 лимфоцитов дисиммуноглобулинемия гаМ у 25 больных ;
- В-лимфоцитопенический синдром, дисиммуноглобулинемия гаm у 23;
- Т-В-лимфоцитопенический синдром у 11 детей.

Всем поступившим больным проводились своевременное и целенаправленное этиотропное лечение, детоксикационная интенсивная инфузионная терапия, коррекция гомеостаза, заместительная иммунотерапия.

Дети проходили клинко-иммунологическое обследование при выписке из стационара и через месяц после выздоровления. У 32 обследуемых сохранялись патологические изменения иммунного статуса, иммунологические показатели достоверно отличались от нормативных значений здоровых детей и детей контрольной группы.